

Sandomierz, dnia

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu komórkowego - kontakt sms *

.....
Adres e-mail *

Dyrektor
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sandomierzu

W N I O S E K
O ZAPEWNIENIE TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO
LUB TŁUMACZA - PRZEWODNIKA

na podstawie art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1824)

1. Termin udzielenia świadczenia:

2. Informacja dotycząca wybranej metody komunikowania się**:

polski język migowy (PJM);

system językowo-migowy (SJM);

sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

3. Rodzaj sprawy:

.....
.....
.....
.....

* dane fakultatywne

** właściwe zaznaczyć

.....
podpis